

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 87

DU TRAITEMENT CONSERVATEUR

DANS

L'INVERSION UTÉRINE PUERPUÉRALE

ET EN PARTICULIER

du Traitement par Colpo-hystérotomie postérieure

Opération de Küstner, procédé de Duret

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 février 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis WIES

Ancien interne suppléant des hôpitaux de Lyon

Ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne.

Né à Lyon, le 29 juillet 1881



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 23

PARIS

1911

DU TRAITEMENT CONSERVATEUR
DANS
L'INVERSION UTÉRINE PUERPUÉRALE

ET EN PARTICULIER

du Traitement par Colpo-hystérotomie postérieure

Opération de Küstner, procédé de Duret

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 87

DU TRAITEMENT CONSERVATEUR

DANS

L'INVERSION UTÉRINE PUERPUÉRALE

ET EN PARTICULIER

du Traitement par Colpo-hystérotomie postérieure

Opération de Küstner, procédé de Duret

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 février 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

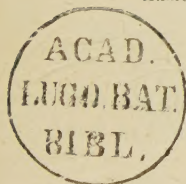
PAR

Louis WIES

Ancien interne suppléant des hôpitaux de Lyon

Ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne.

Né à Lyon, le 29 juillet 1881



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 23
PARIS

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. PIERRET. WEILL. POLLOSSON (A.). CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. BEAUVISAGE. GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. COLLET. COURMONT (P.). PAVIOT. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies des femmes	
Physique médicale.	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Anatomie.	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, <i>agréés</i>
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
REGAUD.	LESIEUR.	LATABJET.	CADE.
COMMANDEUR.	MARTIN (El.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
PATEL.			

M. BAYLE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. A. POLLOSSON, *Président*; M. FABRE, *Assesseur*;
MM. VORON et LAROYENNE, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

HOMMAGE
A LA
MÉMOIRE DE MA MÈRE

Trop tôt enlevée à mon affection.

A MON PÈRE DÉVOUÉ

*Qui me donna toujours un si noble
exemple de travail.*

A MA TANTE, M^{lle} PERDRIGEON

*Qui dans son dévouement inlassable
s'est toujours efforcée de rem-
placer ma chère mère.*

A MA SŒUR ET MON BEAU-FRÈRE PAUL LERICHE

*Dont l'affection et l'aide ne m'ont
jamais fait défaut.*

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

A mon Maître :

MONSIEUR LE DOCTEUR BLANC

Chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne

A MES CAMARADES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

- MM. VALLAS, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé.
DURAND, — — — — —
COMMANDEUR, accoucheur des hôpitaux, professeur agrégé.
le regretté Dr RABOT, médecin des hôpitaux.
CHAPPET, médecin des hôpitaux.
ROQUE, professeur de clinique médicale.

Suppléance d'Internat

- MM. le regretté Dr RABOT.
POLLOSSON, professeur de clinique gynécologique.

Internat

- MM. le regretté Dr ROUX, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.
CENAS, médecin honoraire des hôpitaux de Saint-Etienne.
GEREST, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.
NORDMAN, — — — — —
BLANC, chirurgien — — — — —
MARTEL, — — — — —
VIANNAY, — — — — —
MOREAU, ophtalmologiste des hôpitaux de Saint-Etienne.
-



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons l'agréable devoir de remercier tous ceux qui nous ont entouré pendant ces années.

Nous ne saurions oublier aucun de ceux qui nous ont guidé et qui ont contribué à nous rendre agréable et utile notre vie d'étudiant.

Nous garderons toujours une vive reconnaissance à nos maîtres des hôpitaux de Lyon, qui nous ont guidé dans nos premières observations cliniques.

Mais c'est surtout à nos maîtres dans les hôpitaux de Saint-Etienne que va notre reconnaissance.

Ils nous ont toujours accueilli avec bonté et nous ont, au lit du malade, fait profiter généreusement de leur grande expérience clinique. Nous remercions bien vivement M. le docteur Gerest; le semestre que nous avons passé dans son service nous a laissé un souvenir ineffaçable; M. le docteur Martel, qui nous a fait profiter de son enseignement à la maternité de Saint-Etienne; M. le docteur Moreau, dont nous avons eu le plaisir et l'honneur d'être l'interne pendant six mois.

M. le docteur Nordman a toujours été pour nous, non seulement un maître, dont les excellentes leçons sont restées gravées dans notre mémoire, mais, qu'il me per-

mette de dire, aussi un ami dévoué, et les dix mois que nous avons passés auprès de lui comptent parmi les plus agréables.

L'idée de ce travail nous a été donnée par M. le docteur Blanc; son amabilité, son dévouement, sa grande expérience sont connus de tous; il a toujours été pour nous le plus aimable et le plus dévoué des maîtres; il a bien voulu nous ouvrir toutes grandes les portes de son service et nous permettre de faire, sous sa savante direction, nos débuts en chirurgie; nous n'avons qu'un regret, c'est de n'avoir pu passer une seconde année dans son service.

Nous ne saurions assez le remercier de tout ce qu'il a fait pour nous, ne se lassant jamais de nous donner les plus utiles conseils et nous recevant toujours avec la même bonté. Qu'il nous permette de l'assurer de notre profonde reconnaissance.

M. le professeur Pollosson nous a accueilli avec bonté et a bien voulu nous aider dans la rédaction de ce travail: nous le remercions sincèrement de l'honneur qu'il nous a fait de bien vouloir présider notre thèse.

Nous remercions vivement M. le professeur Fabre et MM. les professeurs agrégés Voron et Laroyenne, membres de notre jury.

Au cours de nos quatre années d'internat à St-Etienne, nous avons connu beaucoup de camarades, dont la majorité sont restés pour nous des amis fidèles; à tous nous adressons l'expression de nos sentiments affectueux, regrettant que cette vie intime de l'internat, tel que nous l'avons connu, ne puisse durer toujours.

Définition. — Délimitation du sujet.

L'inversion utérine est un retournement total ou partiel du corps utérin. Le fond de l'utérus pénètre dans la cavité de l'organe qui disparaît pour faire place à une autre cavité ouverte par en haut et tapissée par la séreuse.

Denucé, dans son traité de *L'inversion utérine*, dit que, pour que l'inversion puisse se produire, « il faut que l'utérus soit transformé en une poche à parois minces par le développement graduel d'un produit intérieur et que cette poche se vide subitement de son contenu ».

Il ne peut, par conséquent, y avoir d'inversion utérine que dans les cas suivants :

a) Au moment de la délivrance ;

b) Dans le cas où un fibrome, un polype développés dans l'intérieur de l'utérus sont chassés de sa cavité par un véritable accouchement ;

c) Ajoute Grabié (*in* thèse Paris, 1903), dans les cas où l'on constate une accumulation de sang dans l'utérus par suite de l'imperforation du vagin, de l'hymen, ou quand il y a accumulation de sérosité, de graisse ou de pus dans la cavité utérine.

Nous n'étudierons ici que l'inversion puerpérale. Le but de notre sujet est, avant tout, de montrer que dans cette affection le traitement doit être, avant tout, conserva-

teur. Nous avons eu l'occasion de voir, pendant un semestre fait dans le service du docteur Blanc, à Saint-Etienne, deux cas d'inversion chronique traités par la colpo-hystérotomie postérieure (opération de Duret). Ce sont ces deux cas, auxquels nous en joignons un troisième, recueilli dans le service du professeur Pollosson, qui nous ont donné l'idée de ce travail.

Statistique.

Sans vouloir citer toutes les statistiques faites par bien des auteurs, nous dirons que l'inversion utérine est une affection extrêmement rare. Crampton n'a pu, jusqu'en 1885, relever, parmi les faits connus, que 228 cas. Braun, à Vienne, n'en signale aucun cas sur 15.000 accouchements.

En 1904, Pinard, sur 60.000 accouchements, déclarait n'en avoir point vu. A ce propos, il disait que l'inversion utérine ne se voyait point dans les maternités, où la surveillance de la délivrance était particulièrement soignée. Tous les cas qu'il connaissait se rapportaient à des femmes ayant accouché à la campagne.

Cependant, le docteur Mantel, d'Amiens, a publié 6 cas observés dans sa clientèle. Samuel Cache, en 1907, publie trois cas dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*. Enfin quelques cas rares sont publiés de loin en loin.

Par contre, on est frappé de la diversité des procédés employés dans le traitement de cette affection. Ces divers procédés, sans être parfaits, ont chacun leurs avantages et bien souvent, c'est la préférence personnelle qui guide le chirurgien dans son choix.

Division.

La division consacrée par l'usage est la suivante :

- a) Traitement de l'inversion d'origine puerpérale récente;
- b) Traitement de l'inversion d'origine puerpérale ancienne.

D'après Oui, on doit désigner sous le nom de récentes celles qui surviennent avant la réapparition menstruelle; sous le nom d'anciennes, celles qui persistent après le retour des règles.

Cette division est toute théorique, car au point de vue opératoire une inversion est réductible ou irréductible. C'est cette division qui paraît le plus logique. Toutefois, pour plus de simplicité, nous adopterons, dans cet ouvrage, la division suivante :

- a) Réductions par les procédés non sanglants;
- b) Réductions par les procédés sanglants.

1° Réductions par procédés non sanglants.

Il est évident que si l'on se trouve en présence d'une inversion qui vient de se produire ou date seulement de quelques heures, la première chose à faire est de tenter la réduction qui, le plus souvent, est facile à ce moment,

car, dit Presson « à l'obstacle créé par le collet de l'inversion, il ne s'est pas encore surajouté la sclérose des parois utérines qui vient compliquer la réduction dans l'inversion chronique ». (Thèse Paris, 1903, p. 17.)

Denucé, dans son traité de *L'inversion utérine*, p. 269, dit également : « La réduction immédiate est beaucoup plus facile que plus tard, à cause de la dilatation et du relâchement du col. Elle contribue, de plus, à la répression de l'hémorragie elle-même et ne laisse pas aux tiraillements péritonéaux le temps de donner naissance à de véritables inflammations. Il convient de s'assurer que cette réduction est bien complète et de vérifier par le toucher qu'on ne laisse pas au-dessus du col une dépression du fond. »

On discutait jadis pour savoir s'il fallait, dans le cas de placenta adhérent, tenter la réduction avant de faire la délivrance, ou faire, dans un premier temps, la délivrance artificielle et réduire ensuite. Oui et Presson sont d'accord sur l'utilité de décoller d'abord le placenta et de faire la réduction après ce premier temps.

En effet, dit Oui, « si peu important que soit l'obstacle apporté à la réduction par la présence du placenta, cet obstacle n'en existe pas moins et il y a tout avantage à le supprimer ». Plus loin, il ajoute encore : « qu'une délivrance faite à ciel ouvert est certainement plus facile et probablement, dans beaucoup de cas, plus complète que la délivrance faite après réinversion, et ce n'est pas là un avantage à dédaigner ».

Pinard déclare également que, dans l'inversion récente, il faut faire une « réduction immédiate dans l'intervalle des contractions. Si le placenta est adhérent, on doit le

décoller avant réduction. Si l'utérus est sorti complètement, le repousser d'abord doucement dans le vagin avant de commencer la manœuvre du retournement. »

Nous ne décrivons par les différents procédés de taxis connus sous le nom de :

Taxis central ou méthode de Viardel.

Taxis périphérique ou méthode d'Astruc.

Taxis latéral ou méthode de Deleurge.

Ces procédés divers ont chacun leurs avantages, toutefois, ainsi que le constate Oui, le taxis central paraît être le procédé de choix.

Pour pratiquer la réduction immédiate, Presson conseille, après avoir placé la malade dans la position classique des interventions sur la voie vaginale, de placer deux pinces sur le col pour l'abaisser. Ces deux pinces sont confiées à un aide qui les maintiendra pendant les tentatives de réduction.

La main droite de l'opérateur est introduite dans le vagin, pendant que la main gauche déprime fortement la paroi abdominale pour immobiliser l'utérus. La main vaginale comprime la tumeur en même temps qu'elle la repousse vers la main placée sur le ventre. L'aide exerce pendant tout ce temps des tractions soutenues sur le col. Enfin, après réduction, il convient de s'assurer que celle-ci est complète en introduisant un doigt dans le col. En outre, il conseille de terminer par un tamponnement léger du vagin. Ce tamponnement soutient et fixe l'utérus dans sa position normale et empêche l'inversion de se produire.

Il importe aussi de prescrire le repos absolu, l'absence d'efforts chez la malade. Pinard conseille, en plus, de

placer un ballon de Champetier s'il y a menace de reproduction.

Toutes ces manœuvres devront se faire sous anesthésie, car la réduction est très douloureuse et l'état de shock que présentent les malades ne leur permettrait point de supporter sans danger cette réduction. De plus, ajoute Presson, « l'anesthésie donnera plus de sécurité au chirurgien en aidant au relâchement de l'anneau de l'inversion ».

L'éther serait préférable au chloroforme, car il serait un facteur de shock moins important.

L'utilité de cette méthode et son efficacité sont indiscutables. Elle a presque toujours réussi et ne présente aucun danger. Nombreuses sont les guérisons ainsi obtenues. Samuel Gache publie encore, en 1907, dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 3 cas guéris par réduction manuelle immédiate. La seule chose que l'on puisse reprocher à cette méthode, c'est que l'inversion se reproduit parfois. Cet accident est signalé dans bien des observations. Mais, si on a soin de faire une tamponnement vaginal ou de placer un ballon de Champetier, ainsi que le conseille Pinard, si l'on prescrit le repos absolu et que l'on évite les efforts chez la malade, la guérison est presque toujours définitive.

Lorsque l'inversion date déjà de quelques jours, il vaudra mieux attendre quelque temps et avoir recours, ainsi que le conseille Oui, au traitement palliatif des deux complications qui peuvent se produire : l'hémorragie et l'infection. « Ce traitement, dit l'auteur, permettrait à la malade d'attendre la fin de la période d'involution et de reprendre des forces en la mettant à l'abri des accidents

qui la menacent : hémorragie et infection. » Contre l'hémorragie, il préconise la lactation; contre l'infection, des lavages vaginaux fréquents.

Atthil Lombe, cité par Presson, thèse de Paris, 1902, a formulé, un des premiers, la règle suivante : « Si la réduction d'une inversion n'est pas tentée vingt-quatre heures après la délivrance, il est préférable de retarder toute tentative de quelques semaines, jusqu'à l'entier achèvement de l'involution de l'organe. »

Mais, dans ce cas, on aura affaire alors à des inversions anciennes et nous allons voir quels procédés ont été employés dans ces cas.

Inversions chroniques.

Ainsi que l'écrit Denucé, « la réduction, facile en général, immédiatement après l'accouchement, devient plus difficile à mesure qu'on s'en éloigne ».

Considérée autrefois comme impossible, la réduction d'une inversion utérine a pu cependant être obtenue quelques jours et même quelques semaines après l'accouchement par Chopart, Ané, Genselmius et quelques autres. Toutefois, c'est, d'après Denucé, à Valentin de Vitry, que revient le mérite d'avoir employé la méthode manuelle simple pour la réduction d'une inversion chronique. Son observation est citée par Denucé dans son *Traité de l'inversion utérine*, page 270.

Canney, en janvier 1852, Barrier, à Lyon, publient deux nouveaux cas d'inversion ancienne guérie par réduction, le premier après six mois, le second quinze mois après l'apparition de l'accident. Une quinzaine de cas ont

été cités par divers auteurs, justifiant cette méthode. En présence d'un cas déjà ancien d'inversion utérine, on commencera donc par tenter la réduction manuelle. Mais il faudra se rappeler le conseil que donnait Denucé : « Une règle doit toujours être présente à l'esprit du chirurgien, c'est d'être modéré dans les mouvements et de ne pas se laisser aller au désir d'abrégier par la violence, un travail dont les résultats ne doivent jamais être dus qu'à la douceur et à la persévérance. »

Conseil sage s'il en fût, car il condamne le « taxis forcé », qui, entre les mains de Burne, de Wite, de Buffalo, a occasionné des déchirures du cul-de-sac vaginal, voire même la rupture de l'utérus, et Presson cite, dans sa thèse, 4 morts sur 10 cas ainsi traités.

C'est avec la main seule que l'on devra pratiquer la réduction, car les différents instruments, hystéromètre, repoussoirs et autres, sont dangereux. La main est, en effet, le meilleur instrument, le moins dangereux en tout cas, et, presque toujours, il est suffisant; car, formule Pinard : « tous les instruments sont dangereux, la main et les doigts ont toujours suffi à un opérateur tant soit peu habile ».

Presson condamne aussi les méthodes lentes faites à l'aide de pessaires, du colpeurynter, des repositors, car ces méthodes offrent une sûreté bien médiocre et, de plus, présentent des inconvénients ainsi énumérés :

a) Leur lenteur même, car le traitement se prolonge jusqu'à un mois.

b) La douleur occasionnée. Ainsi que le dit Essen Moll, « soumise à leur application, la femme est fréquemment une martyre au sens complet du mot ».

c) Difficulté de la miction et de la défécation.

d) La pression exercée sur le fond utérin peut amener du sphacèle, et plusieurs observations ont été publiées dans lesquelles cet accident est noté. Presson en cite quelques-unes, page 25, dans sa thèse.

Le tamponnement est passible des mêmes reproches. Quelques rares succès ont été publiés. Nous en avons retrouvé un, cité par Pollosson, dans la thèse de Taste, Lyon, 1897. Par contre, combien nombreux furent les échecs, et, à ce sujet, nous signalerons l'observation de Gayet, in *Lyon médical*, 1901, où cet auteur perdit, par le tamponnement, le terrain gagné par le taxis.

L'emploi du ballon de Champetier aurait cependant donné de bons résultats, et Pinard conseille son emploi. Le docteur Mantel publie, dans la *Gazette médicale*, 1904, 6 cas guéris par l'emploi du ballon de Champetier.

2° Réductions par procédés sanglants.

Nous avons vu que la réduction manuelle, de même que tous les autres procédés de réduction lente, n'avaient pas toujours suffi pour faire la réduction dans des cas où l'inversion utérine était déjà ancienne. Aussi plusieurs chirurgiens tentèrent-ils, par différentes opérations, d'obtenir la réduction.

Certains employèrent exclusivement la voie abdominale, d'autres la voie abdominale et vaginale en même temps, les derniers enfin, la voie vaginale seule. Nous dirons un mot sur chacun de ces procédés dont la plupart sont déjà définitivement condamnés.

Procédé de « Gaillard Thomas ». — Ce procédé con-

siste à aller, après laparotomie, dilater le col par une pince dilatatrice qui, fixant en même temps celui-ci, rend le taxis possible.

Les résultats ainsi obtenus furent si peu encourageants que Denucé n'a pas hésité à le condamner sans recours. Le résultat obtenu dans les observations qu'il cite permet de porter un jugement peu en sa faveur. Dans les observations citées par Presson, deux cas seulement sur huit sont favorables; les autres ont dû se terminer par hystérectomie ou par amputation par ligature élastique.

Ainsi se trouve condamnée aussi la modification de ce procédé qui consiste, après dilatation du col, à attirer en haut le fond utérin que l'on fixe ensuite à la paroi abdominale. Brasseur cite, dans sa thèse, Paris, 1895, un cas où la traction exercée, après dilatation du col, sur le corps utérin, amena une perforation de l'organe et « la malade mourut, bien qu'on eût enlevé le col de l'utérus avec tout ce qu'il contenait ».

Dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* de 1908, M. C. Fournier, d'Amiens, tente, par laparotomie, de retourner et de fixer l'utérus dans un cas d'inversion utérine datant de sept mois. Ce fut sans succès et l'intervention se termina par une hystérectomie.

Procédé d'Everke. — Dans un cas d'inversion totale chronique, Everke, en 1898, tente la réduction sans succès. Il pratique, après laparotomie, une incision de la paroi antérieure de l'utérus jusqu'à la vessie, et essaye de réduire, mais ne réussit pas; il incise alors la paroi postérieure jusqu'à l'insertion du vagin. Introduisant une main dans le vagin, il refoule le fond utérin et obtient le redressement de l'organe qu'il fixe à la paroi abdominale après

avoir suturé les plaies antérieure et postérieure faites sur l'utérus. Nous n'avons pu retrouver aucune observation où ce procédé ait été employé depuis. Mais, comme le fait remarquer Presson : « Une chose paraît particulièrement épineuse: c'est le passage successif du champ abdominal au champ vaginal pour terminer ensuite par l'abdomen, le chirurgien conservant une main dans le vagin. » Les chances d'infection, vraiment trop grandes, sont loin d'en faire un procédé de choix.

Incisions utérines.

Barnes et Marion Sims furent les premiers à proposer des incisions cervicales dans le but de lever l'étranglement produit par l'anneau formé par le col utérin. Ces incisions, au nombre de deux ou de trois, étaient longitudinales, elles portaient du museau de tanche et divisaient les fibres circulaires de l'utérus. En outre, elles avaient deux centimètres de long et un demi-centimètre de profondeur. La crainte d'ouvrir le péritoine ou de blesser un vaisseau important rendait ces incisions peu efficaces. Les accoucheurs eux-mêmes jugent les incisions sur la paroi antérieure ou sur la paroi postérieure de l'utérus comme dangereuses et n'admettent point qu'elles dépassent l'insertion vaginale: car, disait Varnier, « aller plus loin serait s'exposer, en arrière, à perforer le Douglas, et, en avant, à léser le bas-fond vésical. Le point de repère anatomique sera l'insertion du vagin. »

Cependant, Segond montre que l'on peut pratiquer de larges incisions latérales qui n'intéressent ni le péritoine, ni les uretères et que l'hémorragie peut être facilement ar-

rétée par une pince hémostatique. Le débridement devient ainsi plus complet. Presson cite plusieurs cas d'hystérectomie bilatérale dans lesquels les incisions remontent jusqu'au niveau de l'isthme, et cela sans blesser le péritoine, dont l'ouverture causait tant de crainte aux anciens chirurgiens. Il cite (page 39) une observation personnelle où il obtint la réduction d'une inversion chronique après débridement bilatéral du col.

Doyen, dans un cas d'inversion datant de quelques mois, pratiqua avec succès une incision antérieure. Cooke Hirst réussit également par une incision postérieure.

Sans vouloir méconnaître les avantages évidents du procédé des incisions latérales préconisé par Presson, nous ferons remarquer que ce procédé ne peut s'appliquer qu'aux cas où l'examen montre l'existence d'une portion du col jouant nettement le rôle d'étranglement. Il existe, en effet, bien d'autres causes d'irréductibilité, ainsi que le reconnaît l'auteur, et d'autres interventions deviennent dès lors nécessaires.

D'ailleurs, la blessure des utérines n'est peut-être pas aussi bénigne que le pense Presson. Nous voyons, en outre, que dans l'intervention que pratiqua Doyen, pour une inversion chronique, il dut faire une véritable colpotomie antérieure afin de pouvoir décoller la vessie et prolonger suffisamment son incision pour obtenir la réduction. En outre, nous trouvons mentionnée également la déchirure du tissu utérin pendant les manœuvres de réduction. Le chirurgien ne peut point limiter cette extension du traumatisme et, comme le dit Ovi, « l'agrandissement de la plaie opératoire peut n'être pas sans inconvénients ».

Méthode de Küstner. — Küstner, développant l'idée de Browe, à savoir : réduire l'utérus inversé par voie vaginale après incision sur la paroi postérieure et, par celle-ci, pratiquer la dilatation du canal vertical, s'est proposé, dans son opération d'atteindre un triple but :

- 1° Détruire les adhérences;
- 2° Fixer et élargir le collet;
- 3° Faciliter le retournement de la poche.

Mais l'incision qu'il pratiquait était trop courte. Aussi, sur 10 cas cités par Presson, 5 seulement ont été heureux. C'est le mérite de Duret d'avoir prolongé l'incision longitudinale du corps utérin jusqu'à la rencontre de l'incision transversale du Douglas.

Colpo-hystérotomie antérieure.

Nous avons déjà vu que Doyen, afin de pratiquer une incision antérieure suffisante, avait dû faire en quelque sorte une colpotomie antérieure afin de pouvoir décoller la vessie. C'est Kehrer qui, le 14 février 1898, pratiqua l'opération suivante chez une femme atteinte d'inversion utérine chronique.

Après abaissement de la matrice, il pratiqua une incision antérieure et verticale depuis le col jusqu'au fond. En écartant les bords de la plaie, il put repousser, à travers la plaie opératoire, le fond utérin dans le vagin. Il plaçait à mesure des sutures à travers la paroi utérine en procédant de bas en haut. Les dernières sutures furent peu serrées, de façon à laisser persister le débridement du col. Le corps utérin fut refoulé dans la cavité abdominale à travers l'orifice du col et l'incision vaginale pendant que l'anneau de l'orifice cervical était maintenu fixé

par des pinces. L'opération fut terminée par un tamponnement de l'utérus et du vagin.

Cette opération suivie de succès avait besoin cependant d'être modifiée pour devenir tout à fait pratique; ce fut le mérite de Spinelli, qui décrit ainsi son manuel opératoire :

« Le vagin étant largement ouvert par une valve vagino-périnéale, on fixe et on abaisse le col de l'utérus avec une pince à griffes. Puis la surface muqueuse de l'utérus est abrasée à la curette; on procède ensuite à la colpo-cæliotomie antérieure. L'index, introduit à travers l'ouverture vagino-péritonéale, va à la recherche de l'infundibulum formé par l'inversion, et y pénètre aussi profondément que possible. Alors, sur le doigt comme guide, on incise verticalement le col et la paroi antérieure de l'utérus jusqu'au fond de l'organe, l'incision comprenant la paroi utérine dans toute son épaisseur ainsi que le revêtement séreux; on procède ensuite à la réinversion, manœuvre facile. L'utérus incisé se trouve alors en antéverson forcée ou, pour mieux dire, la tête en bas, c'est-à-dire avec le fond en bas et avec le col en haut.

« C'est à ce moment qu'il faut procéder à la suture à points séparés, au catgut, de toute la plaie utérine jusqu'à l'orifice du col. A la suite de quoi la cavité utérine se réduit. On fixe alors la matrice en antéverson par un fil de catgut qui embrasse le vagin, le péritoine et la paroi antérieure de l'utérus au-dessus du fond de l'organe. »

Oui a modifié un peu les sutures et a pratiqué le drainage du cul-de-sac vésico-utérin. Il n'a pas fait, non plus, d'hystéropexie. Cette opération a donné de bons résultats

dans les 3 cas qu'il a pratiqués. Gayet publie également, dans le *Lyon médical*, 1901, une longue observation d'inversion chronique qu'il traita avec succès par ce procédé.

Ainsi conduite, cette opération s'applique à tous les cas et permet d'obtenir la réduction d'une façon sûre. Elle constitue, certes, un procédé de choix; pour Oui, ce serait même le plus parfait de tous les procédés. Nous pensons toutefois que l'hystérectomie postérieure a cependant, malgré les quelques critiques dont elle a été l'objet, des avantages sur la colpo-hystérotomie, avantages que nous ferons ressortir dans la suite.

Colpo-hystérotomie postérieure.

Connue sous le nom d'opération de Duret, elle fut décrite par Piccoli qui, sur un utérus inversé enlevé par hystérectomie vaginale après tentative infructueuse de réduction par incision du col, ne put faire la réduction complète qu'en prolongeant l'incision commencée sur la face postérieure de l'utérus jusqu'à son fond. Au Congrès international de médecine de Rome, il disait que « l'obstacle à la réduction est causé par la rigidité de la paroi, par la rétraction et la résistance de l'infundibulum de l'inversion : de là vient la nécessité de prolonger en haut et en bas l'incision de Küstner ».

Son procédé, formulé au même Congrès, fut exécuté dans ans après par Morisani et par Enrico Sava. Vers la même époque, Duret, sans connaître la publication de ce procédé, fut amené, dans un cas d'inversion chronique, à modifier le procédé de Küstner comme ces prédécesseurs. Disons encore que Westermarck publie, à peu près

vers la même époque, une observation analogue. La technique de Duret paraît cependant mieux réglée, plus simple et son procédé de suture excellent.

Son observation, ainsi que sa technique, sont décrites dans le *Journal des sciences médicales de Lille*, juillet 1898, sous ce titre : « Des causes d'irréductibilité dans l'inversion utérine et de leur traitement. Nouveau procédé opératoire. »

Dans cet article, il montre, en effet, que, outre le spasme du col, la contraction utérine, la turgescence utérine, la transformation fibreuse de l'utérus, la transformation de l'infundibulum péritonéal jouent un grand rôle.

Sa technique est la suivante :

1° Le fond utérin est saisi par une pince de Museux qui amène l'organe hors de la vulve.

2° Incision transversale large du Douglas. Cette incision va au moins d'un ligament utéro-sacré à l'autre; elle permet une exploration facile et constitue en même temps une brèche suffisante pour la réduction.

3° Incision verticale médiane postérieure de l'utérus dans toute sa longueur, qui intéresse tous les plans de la paroi utérine.

4° Réduction de l'inversion par retournement sur place de la coque utérine. Ce retournement est opéré très facilement à l'aide des pouces qui repoussent en arrière la paroi antérieure de l'utérus pendant que les autres doigts écartent les lèvres de l'incision postérieure.

5° Suture de la ligne de section de l'utérus en commençant par le fond de l'organe jusqu'à l'isthme. Cette suture est faite à deux plans pour qu'il y ait une coaptation hermétique de l'incision utérine. C'est là un point

capital, d'abord pour bien assurer la coaptation parfaite, ensuite pour constituer une barrière solide à l'infection qui pourrait arriver jusqu'au péritoine; donc premier plan de suture pour la muqueuse, second plan pour la musculieuse et la séreuse.

Cette suture de la ligne de section commence par le fond de l'organe pour se terminer à l'isthme.

6° Reposition de l'utérus, réintégré dans la cavité pelvienne, à travers l'incision du cul-de-sac postérieur. Suture du col utérin, suture incomplète du cul-de-sac postérieur à travers lequel on fait plonger un drain en arrière de l'utérus.

Quelquefois l'incision transversale du cul-de-sac postérieur ne sera pas assez large pour livrer passage à l'utérus réinversé. Dans le cas de Duret, cet auteur dut compléter cette incision par une autre incision secondaire médiane, branchée en T sur l'incision primitive et se prolongeant vers le rectum.

Ajoutons encore que pendant les manœuvres de redressement de l'utérus, il convient de maintenir ouvertes les lèvres de l'incision transversale.

7° Une fois le corps utérin refoulé, il faut reconstituer le corps et suturer l'incision longitudinale du vagin.

Drainage du cul-de-sac.

Enfin, tamponnement à la gaze qui soutiendra l'utérus en bonne position.

Observations.

OBSERVATION I

(MORISANI. — 6 février 1896, in thèse FRESSON, Paris, 1902.)

Femme de 25 ans, primipare, inversion survenant quinze jours après accouchement. A subi, pendant trois ans, des tentatives de réduction par le colpeurynter. Opérée par Morisani sept ans après le début de son affection.

Opération. — Transformation de l'inversion du deuxième au troisième degré par l'application de la traction élastique sur des pinces fixées au fond de l'utérus. Incision transversale de 1 centimètre et demi sur le cul-de-sac de Douglas. L'index est introduit par là dans l'infundibulum utérin. Tentative infructueuse de réduction. Agrandissement de l'incision transversale et section longitudinale de l'utérus au bistouri boutonné jusqu'à 2 centimètres du fond. Nouvelle tentative sans succès. L'incision étant prolongée jusqu'au fond, la réinversion est facile. On suture en un seul plan à points séparés du fond jusqu'au col; l'utérus est replacé à travers l'ouverture du cul-de-sac postérieur, par laquelle on draine. Suites opératoires entravées par une élévation de température qui, le sixième jour, atteint 40°, mais arrêtée par une injection intra-utérine de sublimé; dix-huit jours après, l'utérus est en bonne position, mobile; ses fonctions sont normales.

OBSERVATION II

(BORELIIUS, — 26 mai 1897, in thèse FRESSON.)

Femme de 30 ans, primipare, inversion utérine au moment de l'accouchement. La malade entre à l'hôpital cinq mois après, épuisée par des hémorragies continuelles après plusieurs tentatives de réduction sans résultat, Borelius pratique l'opération suivante :

Incision transversale du cul-de-sac postérieur et tentative de réduction ; incision longitudinale du corps utérin partant du fond, mais n'atteignant juste que le col ; réduction impossible. La dernière incision est alors prolongée jusqu'à la rencontre de la précédente ; il est alors facile de réduire. Suture de l'organe en un seul temps, mais sur deux plans ; on réduit facilement l'organe par l'orifice du cul-de-sac de Douglas ; l'utérus est alors en place, mais l'orifice du col est large et il y a éversion de la muqueuse ; pas de drainage, gaze iodoformée dans le vagin. Le 19 juin, bon état de guérison, rétroversion légère.

OBSERVATION III

(SAVA, 20 juin 1897, in thèse FRESSON.)

Primipare, 17 ans, inversion utérine immédiate après l'accouchement ; plusieurs tentatives de réduction manuelle ; opération trois mois après l'accident. Il est à remarquer que Sava connaissait le cas de Morisani ; il opéra donc d'une façon méthodique et déterminée d'avance. Son opération fut celle de Morisani, sauf qu'il dût, pour pratiquer la reposi-tion, faire une incision verticale sur la paroi vaginale postérieure. Drainage et tamponnement pour maintenir l'utérus en antéversion. Suites opératoires nulles. La malade se lève au quinzième jour.

OBSERVATION IV

(WESTERMARK. — Stockholm, 21 septembre 1897, in thèse FRESSON.)

Augusta K..., 26 ans, primipare, accouchement le 5 août; inversion opérée le 21 septembre, à cause d'hémorragies continuelles; on tente tout d'abord, mais sans succès, de réduire l'inversion par des pressions sur le fond de l'utérus, tandis que le col est dilaté et fixé par des crochets. Le chirurgien pratique alors l'incision transversale du cul-de-sac postérieur et l'incision longitudinale de l'utérus; la réduction est facile; suture en un plan et reposition sans qu'il soit nécessaire d'agrandir l'incision; pas de drainage, suture immédiate de l'incision vaginale à la soie; le vagin n'est pas tamponné; suites opératoires: pendant dix jours la température oscille entre 37° et 39°; il y a une légère phlébite de la jambe gauche; le 15 octobre, la malade se lève; l'utérus est en rétroversion légère et n'est pas complètement mobile; la malade est revue en décembre; elle est enceinte de deux mois; l'utérus est en rétroversion.

OBSERVATION V

(GRÆVE. — In thèse FRESSON.)

Femme, 37 ans, multipare, inversion utérine datant de trois mois; opération semblable aux précédentes, pas de suites opératoires; utérus en bonne position.

OBSERVATION VI

(DURET. — Août 1898, in thèse FRESSON.)

Inversion datant de six mois. Cette observation a servi de type de la description opératoire.

Dinet a obtenu un résultat excellent tant au point de

vue des suites immédiates de l'opération que de la position définitive de l'utérus.

Fresson cite encore une autre opération suivie de succès, rapportée par Walgreen d'Helsingfors, 1901.

OBSERVATION VII

(POLOSSON. — Octobre 1909.)

H..., Adeline, 27 ans. Réglée à 17 ans, toujours régulièrement. Mariée à 20 ans. Eut un accouchement à terme, il y a cinq mois. Elle fut accouchée par la sage-femme du village. La malade perdant assez abondamment, on fit, au dire de la malade, des tractions assez énergiques sur le cordon, qui réussirent à amener le placenta. L'expulsion du placenta fut suivie pendant vingt-quatre heures de douleurs assez violentes pour faire croire à la malade et à son entourage, qu'elle allait accoucher d'un second enfant.

Depuis son accouchement, la malade perd continuellement en rouge. Elle s'est considérablement anémiée.

Signes physiques. — Au toucher, on sent dans le vagin une masse arrondie, granuleuse, du volume d'un œuf. Cette masse est entourée à sa base, sur tout son pourtour, par le col. Le toucher rectal montre qu'il n'y a pas de fond utérin dans l'abdomen.

12 octobre 1909. — Intervention par colpo-hystérectomie postérieure. On incise d'abord la bride formée par le col, en arrière, puis on prolonge l'incision sur la face postérieure de l'utérus jusqu'au fond.

Réduction de l'inversion par retournement de l'utérus, puis suture de la tranche de section, en commençant par le fond et en la prolongeant jusqu'au col. A ce moment, on réduit l'utérus dans le péritoine par l'orifice de la colpotoomie postérieure et on achève de suturer la portion vaginale du col.

On ne ferme pas l'orifice du Douglas, on laisse une mèche.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été très simples et la malade est partie du service parfaitement guérie.

OBSERVATION VIII

(D^r BLANC, Saint-Etienne.)

Femme de 30 ans, entre dans le service de M. Blanc, en janvier 1909, pour des métrorragies.

Elle a eu, il y a plusieurs années, un accouchement à terme, qui fut laborieux, et dont la délivrance fut longue à venir; la sage-femme qui l'accouchait fit des tractions sur le cordon pour extraire l'arrière-faix; la malade eut pendant assez longtemps des hémorragies abondantes qui cédèrent peu à peu, depuis, elle a toujours éprouvé quelques douleurs dans le bas-ventre et eut, à plusieurs reprises, des métrorragies. Progressivement, les douleurs hypogastriques sont devenues plus intenses, se sont irradiées dans les lombes et dans la partie supérieure des cuisses, les pertes sanguines se sont montrées plus fréquentes et plus intenses et la malade s'est affaiblie, mais c'est surtout depuis un mois que l'état général s'est aggravé, les hémorragies sont devenues constantes, très abondantes, résistant aux injections chaudes qui la calmaient autrefois et au tamponnement. Lors de l'entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade est dans un état d'anémie et d'infection graves, pâle, les traits tirés, les yeux cernés et fixes, les lèvres cyanosées, la respiration est faible, irrégulière et rapide, le pouls misérable, la température est à 40°.

On constate des pertes vaginales abondantes formées de sérosités fétides. Au toucher vaginal, on tombe immédiatement sur une masse occupant tout le vagin; cette masse est dure, lisse, saignant au moindre contact, le doigt fait facilement le tour de cette tumeur, dont les dimensions vont en diminuant de bas en haut, rappelant un polype utérin volumineux et prolabé dans le vagin; au fond du vagin, on

arrive sur les culs-de-sac et on sent le col utérin largement ouvert pour laisser passer la masse, mais en pénétrant dans le col, on est immédiatement arrêté, et il existe à peine une gouttière tout autour du pédicule; on reconnaît que cette rainure à peine sensible est formée par la réflexion du col sur la masse principale; au toucher et palper combinés, on ne perçoit plus le corps utérin derrière le pubis.

En écartant avec une valve l'orifice de la vulve, on a directement sous les yeux une masse rouge, villeuse, formée par la surface interne de l'utérus inversé, recouverte de membranes et de caillots, par place on voit des plaques de sphacèle.

On essaie de repousser doucement la tumeur, mais la réduction est impossible.

La malade est jugée dans un état trop grave pour subir une intervention sanglante, qui est remise à plus tard, si possible.

Entre temps, l'état général est soutenu par du sérum et des toniques; l'infection de la muqueuse utérine est combattue par des injections de permanganate tous les deux jours, suivies d'un tamponnement vaginal à la gaze iodofornée faible pour arrêter l'hémorragie et tenter la réduction par une pression continue.

Au bout de quinze jours, l'état général est meilleur, l'infection de la muqueuse utérine semble avoir diminué. Comme il s'agit d'une femme jeune, en pleine activité génitale, on préfère une opération conservatrice à l'exérèse de l'organe inversé.

Après un nettoyage soigneux du vagin et de l'utérus, et un curettage de la surface utérine, on emploie l'opération de Küstner, colpo-hystérotomie postérieure, d'après le procédé de Duret :

- 1° Incision transversale large du cul-de-sac postérieur.
- 2° Incision verticale médiane postérieure de l'utérus sur toute sa longueur.
- 3° Réduction de l'inversion par retournement sur place de la coque utérine.

4° Suture de la ligne de section de l'utérus en commençant par le fond de l'organe jusqu'à l'isthme; surjet sur la muqueuse et points séparés sur le muscle et le péritoine.

5° Reposition de l'utérus réintégré dans la cavité pelvienne à travers l'incision du cul-de-sac postérieur; suture du col utérin; suture incomplète du cul-de-sac postérieur, à travers lequel on fait passer un drain en arrière de l'utérus.

Les trois premiers temps s'exécutent facilement, mais les sutures sur la paroi postérieure de l'utérus sont difficiles à établir, les deux lèvres de l'incision se rapprochent mal et le muscle se laisse facilement couper par les fils. Le soir de l'intervention, la malade va bien, mais dès le lendemain s'établissent des douleurs péritonéales généralisées, accompagnées de vomissements. La température est à 40° et la malade meurt quarante-huit heures après l'intervention.

A l'autopsie, on constate que les sutures de l'hystérotomie postérieur n'ont pas tenu et que l'infection de la muqueuse utérine s'est transmise au péritoine et a déterminé une péritonite généralisée.

OBSERVATION IX

(D^r BLANC, Saint-Etienne.)

Femme de 32 ans; a eu trois grossesses. Le dernier accouchement date de quatorze mois : il s'est fait à terme et l'expulsion du fœtus a été normale; comme la délivrance tardait à se faire, la sage-femme a fait des tractions vigoureuses sur le cordon; la patiente a éprouvé au moment de l'extraction du placenta une violente douleur aiguë, déchirante, irradiée à tout l'abdomen, et a eu une hémorragie abondante qui a été arrêtée par des injections chaudes; pendant plusieurs jours, les douleurs ont persisté très vives et les hémorragies se sont succédé fréquentes, mais chaque fois arrêtées par des injections chaudes; puis tout a semblé rentrer dans l'ordre; il a seulement persisté une douleur

sourde dans le bas-ventre, avec exacerbations fréquentes et passagères; trois mois après l'accouchement, métrorragies abondantes et répétées, qui ont duré trois semaines; depuis lors, de temps en temps, pertes sanguines plus ou moins considérables et douleurs; quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, réapparition de douleurs vives et hémorragie très abondante, qu'il a été impossible, cette fois, d'arrêter par des injections, et qui a mal cédé au tamponnement vaginal; l'état général est devenu peu à peu mauvais et la malade très anémiée est amenée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Blanc, le 29 décembre 1909.

A l'entrée, la malade est pâle, très affaiblie, se plaint d'une violente douleur dans le petit bassin, s'irradiant à tout l'abdomen, mais surtout du côté des lombes et moins fortement du côté des cuisses. La température est à 39°.

Malgré un tamponnement vaginal fait au dehors, la malade continue à perdre en rouge et les tampons enlevés, on constate une hémorragie très abondante.

Au toucher vaginal, on sent une masse globuleuse énorme, qui descend très bas dans le vagin, qu'elle occupe presque complètement; cette masse est molasse, lisse, irréductible, saigne au moindre contact, les doigts peuvent en faire le tour, comme s'il s'agissait d'un polype, et ils remontent le long d'un pédicule volumineux, dont la consistance est la même que celle de toute la masse, et arrivent sur le col, dont on fait le tour dans les culs-de-sac vaginaux, mais lorsqu'il s'agit de pénétrer dans le col pour suivre le pédicule, les doigts sont immédiatement arrêtés par une rigole circulaire de très petite dimension; il est facile de voir que le col se réfléchit là pour se continuer avec la masse prolabée, qui est constituée par tout l'utérus, ne laissant plus en position qu'une infime partie du col.

A l'examen au spéculum, la muqueuse est rouge, violacée, et présente deux plaques de sphacèle, l'une en avant, l'autre sur le côté gauche.

Après une désinfection soigneuse du vagin et de l'utérus

prolabé, on essaie la réduction manuelle par pression douce sur les parties de l'utérus, les dernières retournées suivant la méthode d'Astruc, pendant que l'autre main déprime l'abdomen et essaie de maintenir le col; mais la réduction est impossible, l'inversion est solidement fixée. Pour assurer autant que possible l'asepsie de la muqueuse utérine, on fait une injection de permanganate suivie d'un tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée faible, qui, réalisant une pression lente et continue, amènera peut-être la réduction.

Tous les deux jours, on fait une injection chaude au permanganate et un tamponnement à la gaze iodoformée. La température se maintient autour de 39° et même entre 39° et 40°; l'état de la muqueuse utérine se modifie peu. Le sixième jour, on commence à faire des badigeonnages iodés de la muqueuse utérine précédés d'une injection au permanganate et suivis d'un tamponnement à la gaze iodoformée; ces pansements sont renouvelés tous les trois jours. Dès le lendemain, la température tend à baisser et deux jours après, elle tombe à 38°, s'y maintient pendant quatre jours et ensuite oscille entre 37° et 37°5. En même temps, l'état de la muqueuse se modifie beaucoup et les plaques de sphacèle disparaissent progressivement, les hémorragies diminuent. La malade se remonte peu à peu, l'état général s'améliore, les forces reviennent, et le 18 janvier, le vingtième jour de l'entrée à l'hôpital, la malade est jugée suffisamment résistante pour être opérée.

M. Blanc fait la réduction par le procédé de Duret. Comme pour la première malade, la suture de la section utérine est difficile, surtout au voisinage du fond, où les bords de l'incision s'affrontent mal et les fils posés coupent le muscle, la suture semble pourtant un peu plus solide que dans le premier cas.

Le soir de l'opération, la malade va bien, mais le lendemain, la température s'élève brusquement à 40° le matin; 40°5 le soir, en même temps qu'apparaissent des vomisse-

ments et que la malade se plaint d'une vive douleur à l'hypogastre; toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen est météorisée et douloureuse; les jours suivants, l'état reste alarmant, la température se maintient élevée, oscillant entre 39° et 40°; le cinquième jour, la température est à grandes oscillations, entre 38° et 40°, et cela pendant deux jours. Puis diminution de la douleur, du météorisme et des vomissements; à partir de ce moment, chute progressive de la température et atténuation des phénomènes péritonéaux. La guérison s'effectue parfaitement dans la suite.

Le drain, fixé dans le Douglas, a bien fonctionné et a donné issue à un peu de pus et de sérosité.

L'auscultation pulmonaire a toujours été négative. A son départ, l'utérus est en bonne position, légèrement mobile, en anterversion légère, le col utérin est cicatrisé, il reste faiblement entr'ouvert et est seulement un peu déformé sur la face postérieure; les culs-de-sac vaginaux sont libres et souples; toute trace de douleur a disparu. Au toucher rectal, on ne trouve pas d'adhérence entre le rectum et la face postérieure de l'utérus.

Signalons encore un autre cas de colpotomie postérieure pratiquée par Johnstone et signalé dans le *British Medical Journal*, 17 avril 1909.

Enfin, une dernière, pratiquée par Sealy, en août 1909, et mentionnée dans *The American Journ. of Obstetric*.

Discussion.

Nous avons montré, au cours de cet ouvrage, que parmi les procédés de réduction, deux d'entre eux, la colpo-hystérotomie postérieure et la colpo-hystérotomie antérieure, s'appliquent à tous les cas d'inversion chronique et que, de plus, on n'avait à enregistrer aucun insuccès lorsque les chirurgiens avaient choisi l'un ou l'autre (1), tandis que tous les autres procédés avaient donné de nombreux échecs. Mais une autre question se pose, à savoir : si l'on fait une besogne vraiment utile. En un mot, y a-t-il intérêt à conserver un utérus en inversion depuis plusieurs mois et même depuis plusieurs années ? L'utérus n'a-t-il pas déjà subi des modifications profondes qui en feront désormais, même après réduction, un organe inutile ? Ne s'expose-t-on pas, comme le dit Oui, « à conserver un organe très profondément atteint qui occasionnera des souffrances sans rendre des services » ?

Après avoir signalé les différentes recherches anatomiques et histologiques faites sur des utérus inversés depuis longtemps déjà, Oui conclut que : « Si ces travaux ne sont pas tels qu'ils puissent prouver que l'utérus, après réduction, récupérera son intégrité fonctionnelle, la cli-

(1) A signaler toutefois le cas de Johnstone, qui datait de dix-sept ans.

nique fournit, par contre, des cas démonstratifs et ne permet point de condamner un utérus inversé en se basant seulement sur l'ancienneté de l'inversion. Nous pouvons espérer, dit-il, après réduction, le complet rétablissement des fonctions physiologiques. Les tentatives opératoires ayant pour but la réduction de l'inversion utérine sont donc pleinement justifiées, quel que soit l'âge de l'inversion, et doivent prendre le pas sur l'hystérectomie, ressource ultime qui ne sauve l'existence qu'en sacrifiant l'organe. »

Les résultats obtenus par cette méthode sont, en effet, encourageants. Dans deux des cas que nous signalons, nous avons vu que, malgré des lésions intenses de la muqueuse utérine qui présentait, en outre, par place, des plaques de sphacèle, malgré un état général grave, l'opération conservatrice avait donné de bons résultats. Les douleurs irradiées ont complètement disparu après l'opération et l'utérus paraissait être redevenu apte à remplir ses fonctions.

Presson cite, dans sa thèse, un cas d'inversion traité par colpo-hystérotomie postérieure, où une grossesse est survenue quelques semaines après l'opération. On a réuni douze cas où la réduction a été obtenue tant par hystérotomie postérieure que par hystérotomie antérieure. Sur ces 12 cas, deux grossesses se sont produites chez les opérées de Duret et de Westermarck. Celle de Duret a accouché à terme d'une façon normale; celle de Westermarck avorte à trois mois.

De plus, les incisions utérines, même longues, compromettent peu la solidité utérine en cas de grossesse, surtout lorsque les sutures sont bien faites et que l'affronte-

ment des différents plans se fait bien. Depuis longtemps, l'opinion des accoucheurs et des gynécologistes est fixée là-dessus. Cette crainte s'est montrée peu fondée, surtout depuis que la section césarienne est pratiquée d'une façon plus courante. Aussi peut-on dire avec Oui : « La colpotomie, si efficace au point de vue immédiat, nous laisse une réelle sécurité en ce qui concerne l'avenir génital des opérées et la fonction de reproduction. »

Quant à la supériorité de la voie vaginale sur la voie abdominale, personne n'oserait la contester. Oui ne cite pas une mort. Parmi les trois observations que nous apportons, nous avons un décès par péritonite. Malgré ce cas malheureux, la statistique reste fort belle, tant au point de vue mortalité qu'au point de vue fonctionnel.

Il n'en est point de même dans les interventions abdominales, et Gayet, dans *Lyon médical*, 1901, écrit que, dans la réduction par voie abdominale, la mortalité est de 16,60 p. 100. Ajoutons, en outre, que cette voie a donné bien des échecs.

Nous venons de voir que la colpo-hystérotomie antérieure et postérieure sont deux procédés de choix. Mais l'un d'eux n'est-il pas supérieur à l'autre ?

Oui penche du côté de l'hystérotomie antérieure; Presson accorde la préférence à l'hystérotomie postérieure.

Kehrer disait que dans la colpo-hystérotomie postérieure on travaillait « dans le noir ».

De plus, le professeur Spinelli a formulé plusieurs griefs contre l'opération de Kñstner :

« Dans l'inversion utérine, dit-il, par suite du changement de position des organes, la paroi postérieure est hypertrophiée et l'antérieure amincie. En outre, les liga-

ments ronds et les ligaments larges finissent par perdre toute espèce d'action sur la suspension de l'utérus, il faut donc tenir compte de ces données anatomiques dans toute méthode qui cherche la réinversion de l'organe; il ne suffit pas, en effet, de réinverser et de réduire, mais il faut encore savoir si l'utérus réduit reprend sa situation normale. Par l'opération de Küstner, on modifie la statistique utérine d'une façon sérieuse, la rétroversion et, peut-être, la rétroflexion, seront la suite de la reposition de l'organe parce qu'il s'établit des adhérences entre la suture de la paroi postérieure de l'utérus et le fond du Douglas. »

Ces reproches paraissent assez légitimes. En effet, la rétrodéviation de l'utérus survenue secondairement est mentionnée dans quatre cas sur neuf. Mais cette rétrodéviation peut être évitée :

a) Par le drainage du cul-de-sac postérieur.

b) Par un tamponnement vaginal qui maintiendra l'utérus en bonne position, en attendant que l'utérus ait repris ses moyens de fixation.

La colpo-hystérotomie antérieure a-t-elle des avantages ? Nous citerons ici Presson, dont la critique paraît fort juste : « A supposer, en effet, dit-il, que l'incision antérieure soit plus facile que la postérieure (ce qui, d'ailleurs, n'est pas prouvé), la réinversion, une fois faite, et les sutures placées jusqu'à la hauteur de l'orifice interne du col, on se trouve dans la situation suivante : le corps utérin est encore dans le vagin et, pour le réintroduire dans la cavité péritonéale, il faut arriver à le faire passer par la petite plaie du col. On a donc plus ou moins facilité la réinversion, mais, en tout cas, rendu beaucoup plus difficile la reposition. »

Spinelli trouve également cette opération insuffisante; elle doit être complétée par la colpo-cœliotomie antérieure et la fixation vaginale de Dunsen.

Quel avantage y a-t-il, dans ce cas, à employer la colpo-hystérotomie antérieure telle que l'ont pratiquée Spinelli et Ovi ? puisque la rétrodéviation et l'adhérence de l'utérus au Douglas peut être empêchée, ainsi que nous l'avons dit, par le drainage et le tamponnement. Nous pensons que la présence de la vessie, qui peut être blessée, est une raison suffisante pour faire choisir de préférence la colpo-hystérotomie postérieure qui n'offre aucun danger et nous ne pensons pas, avec Bouté (th. Paris, 1900), que la colpo-hystérotomie postérieure demande plus de sang-froid et d'habileté que l'hystérotomie vaginale.

Nous avons vu par quel traitement on pouvait réduire d'une façon sûre une inversion chronique. Mais il y a cependant un danger dans la colpotomie postérieure, comme, d'ailleurs, dans l'antérieure. Ce danger réside dans l'infection qui peut envahir le péritoine. Presque toutes les observations mentionnent une élévation thermique notable. Souvent même, il y a eu des phénomènes péritonéaux nets, parfois très graves. Nous avons vu, dans maintes observations, la température atteindre 40° et les vomissements survenir. Dans l'une de nos observations, il y a même eu un cas de péritonite suraiguë qui a emporté la malade le deuxième jour après l'opération. Dans les autres cas, l'infection s'est localisée au petit bassin et la malade a parfaitement guéri.

Nous avons vu que la suture suivant le procédé de Duret, c'est-à-dire la suture à deux plans séparés, permettait un isolement parfait de la cavité utérine et consti-

tuait une barrière puissante à l'infection en protégeant le péritoine. De plus, le drain placé dans le Douglas, outre le rôle qu'il joue dans la statique de l'organe utérin, évite la stagnation des sécrétions en assurant leur évacuation vaginale.

Dans la première des observations du docteur Blanc, il est mentionné que l'opérateur éprouva de grande difficultés à faire la suture de la paroi postérieure. Le tissu utérin était extrêmement friable et se déchirait en nouant les fils. Cette suture, quoique très laborieuse, put cependant être terminée, mais l'on sait qu'à l'autopsie on constatait que tous les points avaient lâché.

Ce grave inconvénient peut cependant être évité. Pour cela, il faut pratiquer une asepsie autant que possible parfaite du vagin et de l'utérus. En présence d'une inversion utérine irréductible, il faudra patienter quelques jours, pour permettre à la malade, qui arrive le plus souvent dans un état très grave, de se remonter sous l'influence du sérum, de la caféine, de l'alcool, et surtout afin d'assurer l'asepsie du vagin et de l'utérus. Il conviendra donc de pratiquer des injections antiseptiques (eau oxygénée, permanganate) tous les jours et cela pendant plusieurs jours. On fera également des injections savonneuses fréquentes. Le badigeonnage iodé de la muqueuse utérine nous paraît avoir une très grande importance. Cet antiseptique pénètre, en effet, dans les culs-de-sac glandulaires où il détruit la flore microbienne qui les a envahis. L'action de la teinture d'iode sera d'autant plus efficace que l'on aura fait précéder son application d'un bon curettage qui aura enlevé déjà une grande partie de la muqueuse et mis au jour les orifices glandulaires. Enfin, il

sera bon de mettre un tamponnement iodoformé qui servira plus pour l'asepsie que pour la cure de l'affection, car nous avons déjà montré son action tout à fait inefficace en ce qui concerne ce dernier point.

Immédiatement avant l'intervention, on pratiquera un lavage savonneux, suivi d'une injection. Une fois la malade endormie, on lavera le vagin à l'éther, à l'alcool, et on fera un nouveau badigeonnage iodé. Nous pensons que, par ces moyens, on pourra réaliser une asepsie suffisante pour opérer en toute sécurité et n'avoir plus à craindre une infection grave post-opératoire. La seconde observation du docteur Blanc en est une preuve manifeste, car, malgré une muqueuse utérine violacée, présentant deux plaques de sphacèle, le résultat obtenu a été parfait après une courte alarme.

Le point capital dans les interventions par voie vaginale pour la cure des inversions utérines chroniques est donc tout entier dans l'asepsie pré-opératoire. Nous pensons que l'on pourra ainsi appliquer l'opération de Küstner à bien des cas qui, jusqu'à ce jour, n'avaient paru justiciables que de l'exérèse de l'organe. Aussi pouvons-nous dire, en terminant, que le mot de Depaul : « Tout est grave dans l'inversion utérine, y compris le traitement », a beaucoup perdu de sa justesse d'autrefois.



CONCLUSIONS

I. — La grande majorité des inversions utérines est justiciable du traitement conservateur.

II. — L'inversion est-elle récente ?

Faire, ainsi que le dit Pinard, la réduction manuelle immédiate dans l'intervalle des contractions.

Si le placenta est adhérent, le décoller avant la réduction.

Si l'utérus est sorti complètement, le repousser d'abord doucement dans le vagin avant de commencer la manœuvre de retournement.

Prescrire le repos absolu, l'absence d'efforts; s'il y a menace de reproduction de l'inversion, mettre un ballon de Champetier.

III. — L'inversion date-t-elle de quelques jours ou de quelques semaines ?

Essayer taxis prudent. Eviter les instruments. Se rappeler que le meilleur instrument est encore la main.

Toutefois, on pourra appliquer un ballon de Champetier.

IV. — L'inversion est-elle irréductible ?

a) Rejeter les procédés dits « de lenteur ».

b) Rejeter les interventions abdominales et abdomino-vaginales qui sont dangereuses et ne permettent pas toujours le succès.

Se rappeler que, quel que soit l'âge de l'inversion, les

opérations conservatrices sont pleinement justifiées, car l'utérus peut parfaitement récupérer son intégrité fonctionnelle, car il y a eu des cas de grossesse constatés après la cure pratiquée par le procédé de Küstner.

V. — Les incisions cervicales sont, le plus souvent, insuffisantes pour amener la réduction.

VI. — Les procédés de choix sont :

a) Le *procédé de Küstner* modifié par Duret, ou, autrement dit, la colpo-hystérotomie postérieure.

b) Le *procédé de Kehrer* modifié par Spinelli et Ovi, ou colpo-hystérotomie antérieure.

Ces deux procédés réussissent dans tous les cas.

VII. — Le procédé de Kehrer expose à blesser la vessie; de plus, la réintégration de l'utérus paraît plus difficile que dans le procédé de Küstner et, en plus, il n'a pas d'avantages marqués sur celui de Küstner.

La colpo-hystérotomie postérieure doit réussir dans tous les cas, si l'on a fait une bonne asepsie et de bonnes sutures de la paroi postérieure suivant le procédé de Duret. Les indications de l'hystérectomie peuvent, par conséquent, être réduites à quelques cas rares où le sphacèle est trop étendu et où l'âge de la malade ne permet plus guère de tenir compte du fonctionnement de l'utérus.

VU :

Pour le Doyen,

L'Assesseur :

J. COURMONT.

VU :

Le Président de la Thèse,

AUG. POLLOSSON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 10 février 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ACQUAVIVA. — Thèse de Montpellier, 1899.
Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1904-6.
BOISSARD et DUBRISAY. — *Bulletin de la Société d'obstétrique*, 1902, n° 2.
BONTÉ. — Thèse de Paris, 1900.
BARD. — *Bulletin d'obstétrique*, 1902.
BRUEL. — *Bulletin d'obstétrique*, 1903.
DÉNUCÉ. — Traité de l'Inversion utérine.
DURET. — *Journal des sciences médicales*, juillet 1898.
FRESSION. — Thèse de Paris, 1902.
GAYET. — *Lyon Médical*, 1901.
GRABIÉ. — Thèse de Paris, 1903.
Journal de médecine de Bordeaux, 1903.
JONHSTONE. — *British Medical Journal*, 17 avril 1909.
PINARD. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1906.
POZZI. — Traité de gynécologie.
OUI. — Rapport au Congrès de Nantes, 1902.
TASTE. — Thèse de Lyon, 1897.
THOMSON. — Du traitement opératoire de l'inversion puerpérale. chronique. *Centralblatt für Gynecol.*, 1904, n° 49.
SICARD. — Thèse de Paris, 1892.
SEGOND. — Société d'obstétrique, de gynécologie et pédiatrie, 1899.
SEALY. — *The American Journal of Obst.*, août 1909.
WEISS. — Thèse de Paris, 1873.

